

## ***Polipectomía y Manejo Endoscópico de Lesión Gigante Gástrica***

Simón Yriberry Ureña<sup>1,2,4</sup>, Sandro Vila Guitérrez<sup>3</sup>, Fernando Salazar Munte<sup>1,4</sup>

### **RESUMEN:**

Los pólipos gástricos suelen ser hiperplásicos y benignos en su gran mayoría. Se asocian entre otras a factores idiosincráticos, genéticos o al uso prolongado de bloqueadores de bomba. Si bien su grado de malignización es bajo se recomienda su remoción. La mayoría se encuentran incidentalmente en procedimientos de rutina. Cuando superan los 10 mm (pueden incluso llegar a medir varios centímetros) suelen causar dispepsia, pueden sangrar u obstruir el píloro si son ubicados en antro. Reportamos la remoción de un pólipo gástrico gigante con método combinado de inyección, elevación, uso de asa desprendible o endoloop, complementado con aplicación de argón plasma (APC).

**PALABRAS CLAVES:** Pólipo Gástrico, Endoloop, Polipectomía, Hiperplásico, Argón Plasma.

*Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-2: 167-171*

### **SUMMARY:**

Gastric polyps are mainly hyperplastic and benign. They are associated with idiosyncratic factors, genetic or associated to chronic use of pump inhibitors. Endoscopic resection is recommended even though the rate of malignant transformation is very low. The vast majority are encountered as incidental findings in routine endoscopy. When they grow beyond 10mm (they may reach several centimetres in diameter) gastric polyps are a cause of dyspepsia, bleeding or gastric outlet obstruction, if located in the antrum. We report a safe endoscopic resection of a giant gastric polyp combining injection, elevation, endoloop and argon plasma coagulation (APC).

**KEY WORDS:** Gastric polyps, Endoloop, Polypectomy, Hyperplastic polyps, Argon Plasma Coagulation.

- 
- 1 Unidad de Endoscopia Terapéutica. Servicio de Gastroenterología (Basamea SCRL). Clínica Ricardo Palma. Lima-Perú.
  - 2 Médico Gastroenterólogo. INEN. Lima-Perú.
  - 3 Médico Gastroenterólogo. En Diplomado UPCH.
  - 4 Docente. Programa de Diplomado en GE. UPCH.

## INTRODUCCIÓN

**L**os pólipos gástricos son descritos como lesiones elevadas que protruyen al lumen gástrico. Usualmente son lesiones epiteliales y su origen mucoso o sub-mucoso es establecido por el estudio anatómo-patológico. La incidencia de los pólipos gástricos se ha incrementado como consecuencia del amplio uso y disponibilidad de la endoscopia. Otra definición es lesión proliferativa o neoplásica de la mucosa gástrica.<sup>(1,2)</sup>

De acuerdo con la clasificación de Oberhuber y Stolte, vigente todavía, los pólipos gástricos se dividen en 5 grupos: no neoplásicos como los hiperplásicos, hamartomatosos (Peutz-Jeghers), de tejido heterotópico (páncreas), neoplásicos como el adenoma o carcinoide. Los más frecuentes son los hiperplásicos y los pólipos de glándulas fúndicas<sup>(1,2,3)</sup>.

El diagnóstico y tratamiento de los pólipos gástricos es controvertido. Muchos endoscopistas los dejan si son menores de 10mm e hiperplásicos. Si son adenomatosos se retiran. La frecuencia en la transformación maligna depende del tipo histológico y se ha reportado para los pólipos hiperplásicos un riesgo de 0.8 a 6% (promedio de 2,1%), aproximadamente el 5% en los adenomas tubulares y del 28.5% a 40% para los adenomas vellosos según el trabajo Colombiano de Castaño et al.<sup>(1)</sup>

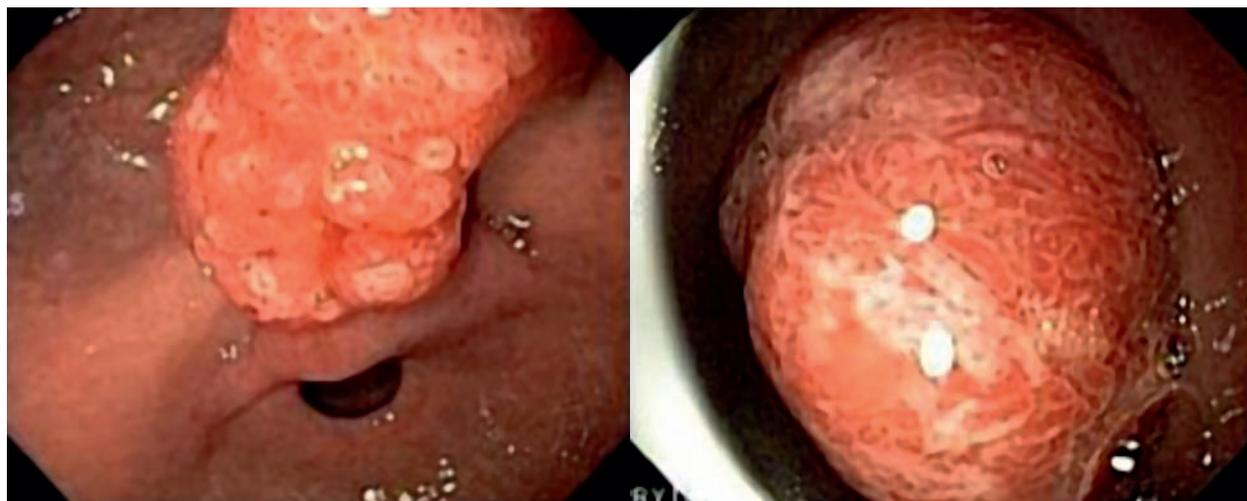
Muchas de estas lesiones se encuentran incidentalmente a la endoscopia, son pequeñas y no traen problemas importantes, sin embargo, con el crecimiento suelen causar dispepsia, sangrado, obstrucción pilórica y en casos de baja frecuencia, pero reportados, degeneración maligna. Cuando los pólipos hiperplásicos tienen más de 10 mm de diámetro es mejor retirarlos con todas las precauciones posibles<sup>(1,4,5,6)</sup>.

Hay gran temor por sangrado y perforación para lesiones mayores de 2cms. Presentamos el caso de una paciente con una lesión gigante que en otros tiempos hubiera requerido cirugía y se presenta la modalidad de acción para adecuada hemostasia y prevención de perforación.

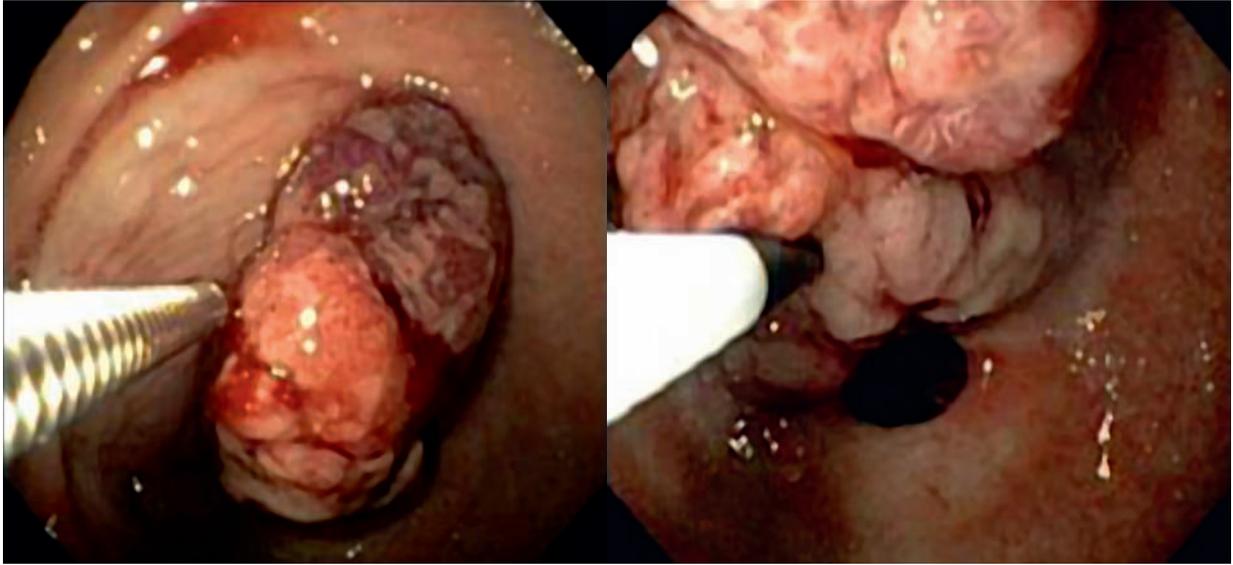
## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 47 años de edad con dispepsia, antecedente de cáncer de mama tratado y curado. En la endoscopia de rutina se encuentra gastritis superficial sin *Helicobacter pylori* y se ubica lesión gigante polipoidea en zona peri-pilórica hacia curvatura menor.

Se conversan con la paciente probabilidades, opciones, riesgos y se realiza polipectomía modificada. Se vigila tiempo de protrombina, plaquetas, se administra omeprazol el día del examen y al día siguiente EV, luego 3 semanas VO a dosis única.



Fotografías 1ª y 1b. Antro curvatura menor, lesión de 7 cm de largo por unos 4 cm de diámetro, forma ovoide.



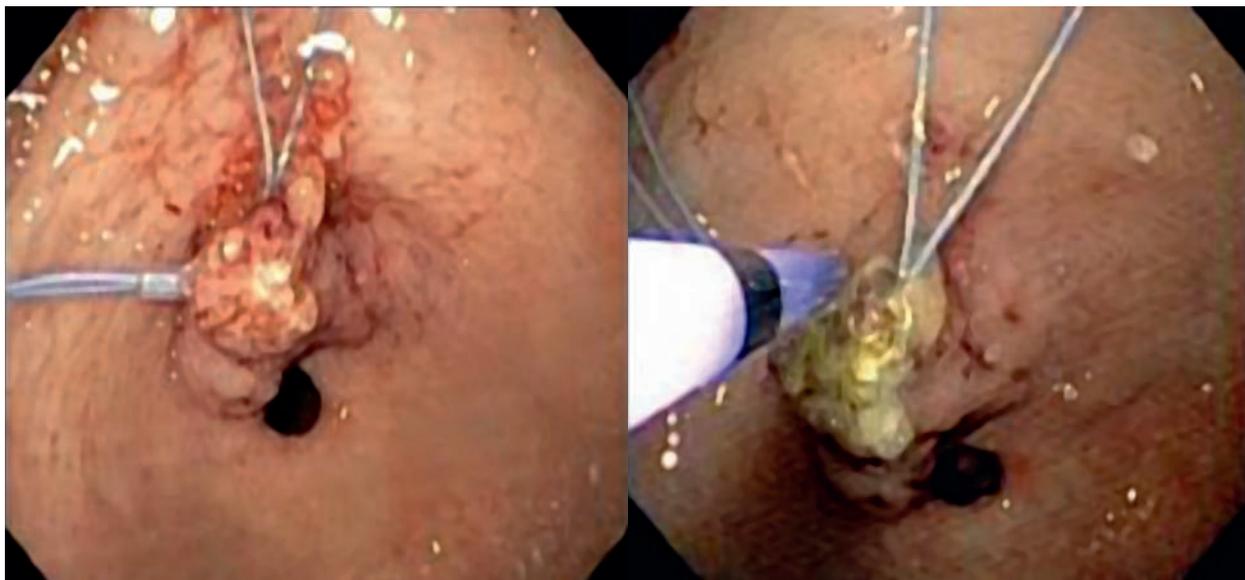
Fotografía 2 a y 2 b. Inyectoterapia de base y zona circundante a pedículo.



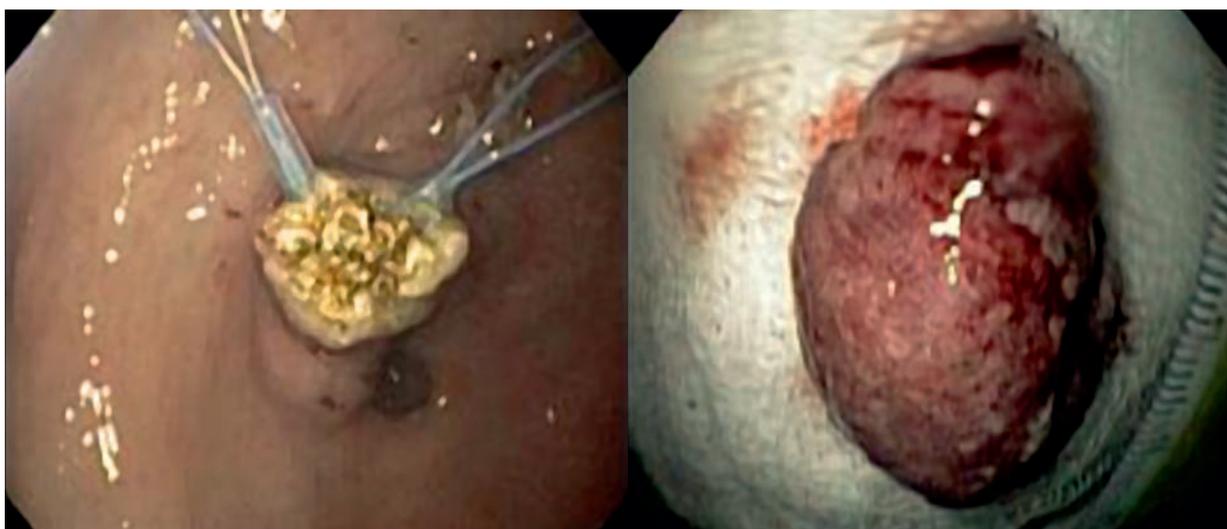
Fotografía 3 a y 3 b. Colocación de dos endoloops jumbo a máxima presión en pedículo. Direcciones opuestas.



Fotografía 3c. Enlazando la lesión con asa jumbo de polipectomía.



Fotografía 4ª y 4b. Escara con asas desprendibles in situ. Argón plasma en barrido sobre escara y eventual tejido residual.



Fotografías 5 a y 5 b. Escara final y pieza (pólipo gigante).

## DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes con pólipos gástricos son asintomáticos. Los pólipos hiperplásicos se han relacionado con estados inflamatorios o por injuria sobre la mucosa. Se ha postulado en algunos casos que el exceso de ácidos, café, té, algunos alimentos o la bilis los pudiera inducir. También se describe que el tratamiento a largo plazo con inhibidores de bomba se asocia con la aparición de pólipos carcinoides, hiperplásicos o fúndicos-glandulares y algunos también los llaman “omeprazol-polyps”. Hay un posible rol del *Helicobacter pylori*<sup>(1,2)</sup>.

El probable mediador para la aparición de un pólipo por bloqueadores es un estado de poca secreción ácida que induce un estado de hipergastrinemia; la gastrina tiene un potente efecto trófico sobre la mucosa gástrica. La medicación por sí misma no induce la aparición de los pólipos. Como hemos descrito, la mayoría de pólipos son hiperplásicos. Según los grandes trabajos de Castaño en Colombia, Palacios, Casti-

llo, Frisancho en Perú, entre 55 a 75% son de este tipo<sup>(1,2)</sup>. Los tipo adenomatosos figuran entre 6 a 22%. Los análisis genéticos sugieren que los pólipos hiperplásicos grandes en estómago tienen un origen clonal y por lo tanto son lesiones neoplásicas. Otra variedad histológica descrita con frecuencia es la hiperplasia foveolar. Sin embargo, es motivo de controversia y se considera que ésta es la fase inicial de los pólipos hiperplásicos. Hizawa<sup>(7)</sup> y Zea-Iriarte reportan una incidencia de cáncer en pólipos hiperplásicos gástricos de 2 y 1,8%.

La erradicación del *H. pylori* se ha contemplado como una alternativa en el manejo de los pólipos hiperplásicos, pues disminuye el tamaño y hasta los desaparece. Los adenomas gástricos, así como los pólipos hiperplásicos, usualmente se detectan en medio de cambios patológicos de la mucosa gástrica vecina tal como gastritis crónica o metaplasia intestinal. El potencial maligno de los pólipos adenomatosos depende de las características histológicas, tamaño, forma y la apariencia

de la superficie. Mientras el riesgo de malignidad en adenomas menores a 2 cms es del 1 al 5%, pasa a un riesgo mayor del 50% en los mayores a 2 cms <sup>(7,8,9)</sup>.

La polipectomía puede realizarse en el mismo momento de la endoscopia. Es un procedimiento rápido y seguro tanto para el diagnóstico como para el tratamiento en la misma sesión de las lesiones polipoideas. Para esto, lo ideal es haberle anticipado al paciente y tener en cuenta coagulopatías, uso de aspirina u otras co-morbilidades. Sin embargo, cuando se encuentran lesiones de más de 10 ó 15 mm, muchos endoscopistas biopsian, esperan resultados y discuten opciones con los pacientes <sup>(1-5,10)</sup>.

Por ello otros autores proponen una biopsia para determinar el diagnóstico histológico y de acuerdo a este hallazgo se hace la polipectomía. Sin embargo, la biopsia por pinza tiene el riesgo de no detectar focos de displasia o carcinoma, dado que una mínima porción del pólipo es evaluada. Se recomienda la remoción con asa de los pólipos de más de 5 mm por endoscopistas experimentados <sup>(10)</sup>.

Los pólipos múltiples en estómago hacen difícil la remoción completa. Las recomendaciones de la sociedad americana de endoscopia digestiva sugiere la remoción de los pólipos más grandes y biopsias representativas de los restantes. El manejo siguiente depende de la histología del pólipo. Una alternativa en estos pólipos múltiples es la ablación con argón plasma. Se recomienda un seguimiento endoscópico

regular cada 2 a 3 años. Si hay familiares con cáncer gástrico de primera línea el seguimiento debe ser anual <sup>(1,2)</sup>. En nuestro caso, con tamaña lesión, se planificó la inyectoterapia con epinefrina en base y mucosa circundante para disminuir tamaño del pólipo a los 5 minutos. Esto ha sido reportado por Hogan et al <sup>(11)</sup> en el colon, con reducciones del volumen de pólipos de hasta 80% después de inyectar base y cabeza de los mismos. Esto permite mejor manipulación, colocación de los endoloops y a los autores les ha significado reducir la tasa de sangrado que es en promedio 24% a casi a cero <sup>(12)</sup>.

Posterior a reducción de volumen, se hace colocación de endoloop o asa desprendible para cortar flujo sanguíneo y evitar sangrado después del corte o disminución del efecto de la epinefrina <sup>(10-12)</sup>. Luego, con asa jumbo, se trata de capturar el pólipo en un solo intento dejando un pequeño margen para evitar la caída del loop, o hacerlo en sacabocado o "piece meal". Los patólogos prefieren una sola pieza, pero esto a veces no es posible. El tejido residual por encima se trata con Argón Plasma a manera de barrido o termoablación y además esto asegura la hemostasis completa. La ulceración remanente cierra a las 4 semanas y los loops suelen desprenderse con caída de escara a las dos semanas <sup>(10-12)</sup>.

Hoy en día se dispone de gran variedad de clips, loops, asas, probetas térmicas o de argón para el tratamiento y remoción de pólipos que en otras épocas hubieran ameritado cirugía con el respectivo aumento de costos globales para los pagadores y el sistema de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CASTAÑO L. MD, RUIZ M, JARAMILLO P. Pólipos gástricos: Aspectos epidemiológicos y su relación con el consumo de bloqueadores de bomba. *Rev Col Gastroenterol* 2005; 20 :4.
2. PALACIOS SALAS F, FRISANCHO VELARDE O, y col. Pólipos gástricos y cambios histológicos en La mucosa circundante. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2003; 23 (4): 245-253.
3. OBERHUBER G, STOLTE M. Gastric polyps: an update of their pathology and biological significance. *Virchows Arch* 2000; 437: 581-590.
4. GINGSBERG GG, AL-KAWAS FH, FLEISCHER DE, et al. Gastric polyps: relationship of size and histology to cancer risk. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 714-717.
5. STOLTE M. Clinical consequences of the endoscopic diagnosis of gastric polyps. *Endoscopy* 1995; 27: 32-37.
6. DEAN PG, DAVIS PM, NASCIMENTO et al. Hyperplastic gastric polyp causing progressive gastric outlet obstruction. *Mayo Clin Proc* 1998; 73: 964-967.
7. HIZAWA K, FUCHIGAMI T, IIDA M, et al. Possible neoplastic transformation within gastric hyperplastic polyp. Application of endoscopic polypectomy. *Surg Endosc* 1995; 9: 714-71.
8. BYNUM TE. Gastric Polyps. Up to date. Version 13.2, April 16, 2002.
9. BURT RW. Gastric fundic gland polyps. *Gastroenterology* 2003; 125: 1462-1469.
10. JIN GOOK HUH, JEONG SEOP MOON, JONG SUNG LEE, et al. Endoscopic Resection of Large Polyps Using Detachable Snare: Up to Which Size Can We Remove Safely? *Gastrointest Endosc* 2007; 65(5):AB367.
11. REED B. HOGAN. Epinephrine volume reduction of giant colon polyps facilitates endoscopic assessment and removal. *Gastrointestinal Endoscopy*. November 2007; 66(5):1018-1022.
12. STEVEN CARPENTER, BRET T. PETERSEN, RAM CHUTTANI, et al. Polypectomy devices. Prepared by: Technology Assessment Committee.